4
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016 (34300-XVI).**

De **voorzitter**:
Ik heet de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.

☐

De heer **Van Hattem** (PVV):
Voorzitter. De begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een van de pijlers van onze verzorgingsstaat, een verzorgingsstaat die de Nederlandse staatsburgers met hard werken hebben opgebouwd en waarvoor zij hun leven lang keurig premies afdragen. Zij koesteren de rechtvaardige verwachting dat zij daarop terug kunnen vallen als zij onverhoopt zorgbehoevend worden.

De invulling van die verwachting is voor onze Nederlandse staatsburgers door alle bezuinigingen sinds het Kunduzakkoord echter steeds verder uitgekleed. Kwetsbare ouderen kunnen niet meer rekenen op een plekje in het verzorgingshuis; ruim 60.000 plekken worden niet meer gefinancierd. In plaats van de zuster in het verzorgingshuis ziet nu de caissière van de Albert Heijn zich genoodzaakt zich over verwarde ouderen te ontfermen. Wethouders praten ondertussen slechts klakkeloos de Europese Commissie na over "sociale inclusie", een holle frase voor wie kijkt naar de praktijk waarin zorgbehoevende burgers ongevraagd steeds langer worden geacht zelfredzaam te zijn en moeten terugvallen op het eufemistische begrip "participatiesamenleving".

Dit geldt niet alleen voor kwetsbare ouderen voor wie er geen plek meer is in het verzorgingshuis. Door het zogeheten "extramuraliseren zzp 1 tot 3" in het Kunduzakkoord is ook de financiering van het beschermd wonen uitgekleed. Dat extramuraliseren wordt in de praktijk erg letterlijk genomen: jongeren met een psychische stoornis, voor wie geen beschermd wonen meer gefinancierd wordt, hebben letterlijk geen muren meer om zich heen. Zij komen op straat te staan en worden doorverwezen naar de daklozenopvang, het enige alternatief.

De daklozenopvang zit ondertussen al overvol. De gemeente Amsterdam maakte afgelopen week bijvoorbeeld bekend veel plaatsen tekort te komen. Ook blijft de deur soms gesloten, bijvoorbeeld voor de kwetsbare dakloze 33-jarige vrouw die op 2 juni van dit jaar stierf op de stoep van de nachtopvang in Eindhoven, nadat haar mede door een fout in het informatiesysteem de toegang werd geweigerd. Voor een hulpbehoevende Nederlandse staatsburger is een dak boven het hoofd geen zekerheid.

Voor asielzoekers echter, die na het passeren van zo'n acht veilige landen op zoek naar onze welvaart in Nederland arriveren, garandeert het kabinet wél een dak boven het hoofd. Geen asielzoeker hoeft op straat te slapen; kosten noch moeite worden voor hen gespaard. Opgemaakte bedden en catering staan steevast klaar. En voor wie uitgeprocedeerd is en hier als illegaal verblijft, voorziet dit VVD/PvdA-kabinet in bed, bad en brood. Ook voor deze illegalenopvang wordt ruimhartig betaald uit de portemonnee van de belastingbetaler.

Naast de kosten van opvang van illegalen zijn de kosten voor de medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers en andere illegalen die zich willens en wetens niet aan hun vertrekplicht houden, gigantisch. De kosten voor verblijf van illegalen in ziekenhuizen, ggz-instellingen en AWBZ-instellingen rijzen de pan uit. Jaarlijks wordt door zorgverleners voor 30,8 miljoen euro aan niet door illegalen betaalde rekeningen bij de overheid gedeclareerd.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Ik zou de heer Van Hattem zo graag willen volgen in zijn zorg voor kwetsbare mensen, maar door de manier waarop hij andere kwetsbare mensen wegzet, maakt hij dit zo ingewikkeld, dat ik hem niet meer kan volgen.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Het is heel duidelijk.

De **voorzitter**:
Dit is geen vraag, maar een mededeling. U kunt verdergaan met uw betoog, mijnheer Van Hattem.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Prima.

Daarnaast moeten huisartsen, tandartsen en ziekenhuizen naar schatting 6,4 miljoen euro zelf bijleggen, zo bleek dit weekend uit een artikel in de media, gebaseerd op cijfers van het Zorginstituut Nederland. Als een ingreep voor een illegaal nodig is en in het basispakket zit, wordt deze vergoed. Dat is dus meer dan acute medische hulpverlening. Het gaat hier ook om dieetadviezen en volledige mondprotheses die door de tandarts worden aangebracht. Dit is absurd en schandalig. De vraag aan de minister is dan ook of zij bereid is om op acute medische zorg na, alle zorgvoorzieningen voor illegalen volledig stop te zetten. Graag verneem ik een reactie.

Hoe anders is dit voor Nederlandse staatsburgers. Aan alle kanten wordt op de zorg voor hen beknibbeld, bijvoorbeeld door het onnodig ver doorgeslagen preferentiebeleid. Daardoor wordt aan patiënten opgedrongen om goedkopere medicijnen te gebruiken in plaats van de medicijnen die ze soms al jaren gebruiken. Dat is zelfs het geval indien deze goedkopere medicijnen een nadelig effect hebben op hun gezondheid. Anders moeten ze hiervoor zelf bijbetalen. Deze week werd hierover in de krant weer de noodklok geluid. En voor terminaal zieke Nederlands staatsburgers, die als laatste wens koesteren om thuis in hun vertrouwde omgeving te sterven, wordt zorg aan huis geweigerd. Ook worden terminale patiënten een hospice uitgestuurd als een zzp-indicatie niet gewijzigd kan worden; zij moeten dan noodgedwongen terug naar een verpleeghuis. Wel tientallen

miljoenen voor illegalen, maar niet voor terminalen. Een gotspe.

Het zal nog veel erger worden. Deze zomer kondigde Angela Merkel volkomen rücksichtslos haar Project X-feestje aan, wat door Rutte en andere eurofiele regeringsleiders met naïef enthousiasme werd gedeeld: kom allemaal maar deze kant op, "wir schaffen das!". De sluizen voor de asieltsunami gingen wagenwijd open en de chaos is enorm. Volgens het CBS zullen komend jaar maar liefst 70.000 asieleisers naar ons land komen. Hierdoor zal Nederland moeten kiezen: immigratieland óf verzorgingsstaat.

De heer **Don** (SP):
Wat heeft de instroom van asielzoekers te maken met de begroting van VWS?

De heer **Van Hattem** (PVV):
Zoals ik aangeef: heel veel. Wij hebben het hierbij alleen al over 30,8 miljoen euro die gedeclareerd worden aan extra kosten voor illegalen. Dat zijn mensen die al niet meer in Nederland zouden moeten verblijven en die een vertrekplicht hebben.

De heer **Don** (SP):
Wij hebben een begroting van ongeveer 70 miljard, en daarvan gaat dan 30 miljoen naar illegalen, of 100 miljoen — daarover zal de volgende vraag wel gaan — naar de mensen die in de COA's verblijven en zorg nodig hebben. Wij hebben het dus maar over een heel klein beetje.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Maar alle kleine beetjes helpen voor mensen die het ook heel hard nodig hebben: mensen die in verzorgingshuizen zitten, terminale patiënten die niet meer in een vertrouwde omgeving kunnen sterven of mensen die voor de deur van de daklozenopvang staan en worden geweigerd. Dat zijn ook feiten die wij moeten constateren. Dat zijn ook kleine beetjes en die kleine beetjes zijn ook heel hard nodig. Als deze asielstroom door blijft gaan, zijn het geen kleine beetjes meer.

Zojuist heb ik gezegd dat Nederland moet kiezen: immigratieland of verzorgingsstaat. Voor de PVV is het duidelijk: we kunnen en willen geen immigratieland zijn; de grenzen moeten dicht. Maar zolang dit kabinet de grenzen niet sluit, heeft deze asieltsunami rampzalige gevolgen voor de houdbaarheid van de verzorgingsstaat en daarmee ook voor de zorg en welzijn voor onze burgers. De zorgkosten per asielzoeker zijn gemiddeld €5.000. Per definitie krijgen asielzoekers die in de Nederlandse opvang zitten al hun zorgkosten vergoed.

Mevrouw **Barth** (PvdA):
Als mijnheer Van Hattem zich zo'n zorgen maakt over de verzorgingsstaat, weet hij vast ook wel welk percentage van de rijksbegroting we in Nederland volgend jaar gaan uitgeven aan zorg en sociale zekerheid.

De heer **Van Hattem** (PVV):
Van zulk soort quiz-spelletjes ...

Mevrouw **Barth** (PvdA):
Nee, een feit!

De heer **Van Hattem** (PVV):
Als ik er een half procentje langs zit, hebt u uw puntje te pakken en daar doe ik niet aan mee. Wat ik veel belangrijker vind, is het feit dat er onnodig bezuinigd wordt. Er zijn 105 bezuinigingsmaatregelen naar aanleiding van het Kunduz-akkoord afgekondigd, die anders kunnen en die ten koste gaan van de Nederlandse staatsburgers. Dat is waar mevrouw Barth met haar partij, de PvdA, voor verantwoordelijk is. Dat vind ik veel belangrijker dan een quiz-spelletje met procenten.

Mevrouw **Barth** (PvdA):
Het is jammer dat er in dit huis zoveel minachting voor de feiten wordt geuit, maar als de heer Van Hattem het niet weet, kan ik hem er best bij helpen. Volgend jaar gaan we in Nederland 58% van de rijksbegroting uitgeven aan zorg en sociale zekerheid. Dit jaar is dat 57% en vorig jaar was het 53%. De verzorgingsstaat in Nederland wordt dus niet afgebroken, maar die groeit elk jaar opnieuw. Dat komt omdat de PvdA samen met de VVD daar zo over waakt.

De heer **Van Hattem** (PVV):
En ondertussen zijn er nog altijd die 105 bezuinigingsmaatregelen die ten koste gaan van Nederlandse staatsburgers. Dat is ook een feit en dat feit is voor mij een veel harder feit dan de uitmuntende kennis van mevrouw Barth van procenten.

Tienduizenden euro's betalen aan mensensmokkelaars is geen probleem, maar onze belastingbetaler kan wel voor hun zorgkosten opdraaien. De vraag wordt niet eens gesteld of deze asielzoekers zelf nog over geld beschikken of nog toegang hebben tot eventueel vermogen in het buitenland. Het COA trekt gewoon de portemonnee. Voor deze asielzoekers is via zorgverzekeraar Menzis gratis een ruimer basispakket beschikbaar dan voor Nederlandse burgers, zonder het eigen risico van €385. Fysiotherapie, tandartszorg, anticonceptie, brillen en rollators, het wordt allemaal vergoed voor asielzoekers. Menzis gaf zelfs al aan voor dit jaar een verdubbeling van deze zorgkosten van asielzoekers te verwachten van maar liefst 130 miljoen. Kan de minister aangeven wanneer hierin de grens wordt bereikt? Graag krijg ik een reactie.

Dan zijn er nog speciale voorzieningen voor psychische en lichamelijke zorg standaard aanwezig in de asielzoekerscentra. Ook voor dagbesteding wordt gezorgd op de azc's . Ondertussen moeten eenzame Nederlandse ouderen lang op wachtlijsten staan om voor een paar uurtjes dagbesteding in aanmerking te komen. Hierop is immers eerder fors door dit kabinet bezuinigd. Voor verwarde ouderen is onvoldoende geld voor wat extra aandacht. In plaats daarvan is het nog steeds aan de orde van de dag dat zij worden gefixeerd en geïsoleerd en hun dag versuft doorbrengen door toediening van psychofarmaca. Zij zijn immers geen

asieleiser, voor wie een roedel COA-dames klaarstaat om gesubsidieerd naar de schaatsbaan te gaan.

Nee, onze kwetsbare ouderen treffen gesloten verzorgingshuizen aan. En waar verzorgingshuizen nog wel open zijn, neemt men liever initiatieven om voorzieningen daar beschikbaar te stellen aan asielzoekers van wie nauwelijks iets bekend is over hun achtergrond of eventuele infectieziekten. De veiligheid en de gezondheid van de kwetsbare bewoners kan zo niet meer gegarandeerd worden. Voor staatssecretaris Dijkhoff is dit allemaal geen probleem. Hij reageert er ongegeneerd laconiek op: "Er liggen daar oude vrouwen. Ja, en?", zo stelde hij afgelopen zaterdag in Trouw. Het is tekenend voor de roekeloze houding van dit kabinet in de asielinvasie. Immers, in het betreffende mega-azc Heumensoord braken onlangs schurft en tbc uit onder de asielzoekers. De screening hierop is onvoldoende. Moeten we het risico lopen dat kwetsbare ouderen in het verzorgingshuis besmet raken met deze zeer besmettelijke ziekten, of met andere infectieziekten die veelvuldig onder asielzoekers voorkomen, zoals MRSA? Zegt het kabinet dan ook "Ja en?". Graag krijg ik een reactie van de minister.

Daarnaast schetst dit kabinet graag het beeld dat onder de asielzoekers vele hoogopgeleiden zouden zitten, zoals de "apotheker uit Aleppo". Op dit moment zijn er echter al onvoldoende financiële middelen om het hoogopgeleide Nederlandse medische personeel te bekostigen. Veel Nederlandse artsen komen niet aan werk en op het aantal verpleegkundigen, waaronder ook wijkverpleegkundigen, wordt door dit kabinet juist bezuinigd. Hoe kan de minister dit rijmen met de toestroom van asielzoekers in deze medische beroepsgroepen? Ook hierop krijg ik graag een reactie van de minister.

In deze Eerste Kamer worden wetten onder andere beoordeeld op uitvoerbaarheid, zo ook de voorliggende begroting van VWS. Mijn vraag aan de minister is dan ook of zij kan aangeven wat de effecten zullen zijn van de asielstroom op het terrein van VWS voor dit jaar en de komende jaren en of zij van mening is dat deze begroting in voldoende mate uitvoerbaar is en Nederlandse staatsburgers niet tussen wal en schip zullen vallen.

Tot slot nog het volgende. Afgelopen zaterdag verscheen in de media het bericht dat de topmannen van de grote zorgverzekeraars stellen dat ook zonder het beperken van de vrije artsenkeuze de premie voor de basispolis voor de zorgverzekering niet omhoog hoeft. Vorig jaar stelde deze minister nog dat deze wetswijziging noodzakelijk zou zijn, omdat anders de premie en het eigen risico verder omhoog zouden moeten. Kan de minister de stelling van de zorgverzekeraars bevestigen? Is de minister in dat geval ook van mening dat een beperking van de vrije artsenkeuze volstrekt onnodig is en is zij bereid verdere initiatieven op dit vlak achterwege te laten? Graag krijg ik hierop een reactie.

De heer **Bruijn** (VVD):
Welke alternatieven stelt de PVV voor als het om die begroting gaat? Vindt de heer Van Hattem dat er geïnvesteerd zou moeten worden en dat er geld bij moet komen in de zorg?

De heer **Van Hattem** (PVV):
We moeten twee dingen onderscheiden. Enerzijds hebben we de begroting met kosten die gewoon nodig zijn voor de zorg en anderzijds zien we de recente ontwikkelingen met de asielinvasie, waardoor bepaalde kosten fors zullen stijgen en verder kunnen stijgen als we daar niets aan doen. We hebben veel voorstellen tot besparing gedaan, bijvoorbeeld door het aanpakken van verspilling, het aanpakken van onnodig hoge salarissen van topmanagers in de zorg en het snijden in de bestuurslagen. Dergelijke zaken hebben wij uitgebreid benoemd en beschreven. Zij zullen de heer Bruijn ongetwijfeld bekend zijn, want in de Tweede Kamer hebben we ze tot in den treure genoemd. Wat dat betreft, hebben we genoeg alternatieven voor deze begroting.

De heer **Bruijn** (VVD):
Toen de PVV het moest opschrijven in haar verkiezingsprogramma, leidde dat tot miljarden bezuinigingen op niet alleen de zorg maar ook op de sociale zekerheid en tot verlies van minimaal 5.000 banen in de zorg. Dat zijn dan toch niet alleen die topmanagers. De heer Van Hattem ontkomt er dan toch ook niet aan om de zorg aan te pakken die onze economie uitholt en die echt te duur is? Is dat niet waar we elkaar vinden?

De heer **Van Hattem** (PVV):
We kunnen elkaar in zoverre vinden dat echt onnodige kosten kunnen worden aangepakt. Dat zijn inderdaad de hoge salarissen van de topmanagers en de verspilling van medicijnen en middelen. Daarvoor kunnen we mijns inziens de handen op elkaar krijgen. Die zaken moeten gewoon beter geregeld worden. Dat is een duidelijk verhaal. Mijn collega in de Tweede Kamer mevrouw Agema, heeft een vuistdik boek geschreven over wat er allemaal mogelijk is. Wat dat betreft, is daar geen enkel misverstand over.

De heer **Don** (SP):
Voorzitter. De begroting 2016 van VWS ligt voor om besproken te worden. Logisch, zou je denken, gezien het grote beslag dat deze begroting op het totaal van de middelen van Rijk en ook gemeenten legt. Tel daar nog bij op dat in de begroting terecht wordt opgemerkt dat gezondheid een groot goed is en dat er voor het bereiken van gezondheid voor iedereen een nauwgezet samenspel nodig is van preventie, genezing, verzorging en ondersteuning. Voorkomen is beter dan genezen, zo schrijven de minister en de staatssecretaris. Als wij deze uitdrukking serieus nemen, lijkt het voor de hand te liggen om voor besluitvorming over deze begroting eerst nog enkele kritische vragen te stellen en verbetersuggesties te doen.

Dit voorstel is gebaseerd op keuzes die in het verleden zijn gemaakt. In hun beleidsagenda voor 2016 schrijven de minister en de staatssecretaris dat het voor de zorgvragers cruciaal is dat de zorg van hoge kwaliteit, veilig en persoonsgericht is. In 2016 zullen de mensen echt gaan merken dat de zorg verbetert en de zorgverleners meer ruimte en vertrouwen krijgen om hun werk te doen, dit alles met de daarbij behorende stappen om de zorguitgaven verder in de hand te houden. Er komt dus een betere kwaliteit van zorg geleverd door professionals die hun vak mogen uitoefenen. Dat is een streven waar de fractie van de SP achter

kan staan. Maar waar staan we nu? De minister heeft een goede reputatie opgebouwd om binnen het financiële kader te blijven. De staatssecretaris daarentegen loopt keer op keer aan tegen de ongewenste gevolgen van die strikte kaders. Ik vraag hun hoe het zit met de kwaliteit van zorg in de beleidsvoornemens 2016? Hoe staat het met de ruimte en het vertrouwen die de professionals nodig hebben om hun vak te kunnen uitoefenen en wat merken de zorgvragers ervan? Op deze vragen zal ik straks in mijn betoog terugkomen.

De beleidsagenda in de begroting van VWS is een mooi wensenlijstje voor onder de kerstboom. Wordt dat lijstje ook waargemaakt? Gaan, zoals in de beleidsagenda wordt gesteld, de mensen in 2016 de verbeteringen in de zorg ook echt merken? Ik ben een optimistisch mens, maar er is alle reden tot scepsis. De laatste jaren is er veel beloofd, maar weinig gegeven. En dat doet, zoals het spreekwoord zegt, slechts de gek in vreugde leven. Ik noem wat feiten en cijfers. Het aantal mensen met een betalingsachterstand bij hun zorgverzekeraar is sinds 2008 meer dan verdubbeld. We hebben meer dan 330.000 wanbetalers. Er zijn ten minste 800.000 mensen die moeite hebben om hun zorgpolis te betalen. Het eigen risico is sinds 2008 meer dan twee en een half keer zo hoog geworden. In de begroting voor 2016 staat het eigen risico, per volwassene, op €385. Dat is een tientje meer dan vorig jaar. Meer mensen vermijden de kosten in de zorg. Volgens het NIPO-onderzoek van oktober jl. Het eigen risico in de zorg stelt 18% van de patiënten zorggebruik om financiële redenen uit. Zelfs de zorgverzekeraars erkennen dat het eigen risico te hoog is en omlaag moet. Waarom gebeurt dat dan niet? Dit is toch een terechte vraag? Wat vinden de minister en de staatssecretaris hiervan?

Een groot aantal zorgtaken is overgeheveld van Rijk naar gemeenten. Wij hebben steeds gesteld het principe van decentralisatie te onderschrijven, maar de wijze waarop deze tot stand is gekomen, te bestrijden. Volgens ons blijkt dat wij gelijk hebben en de regering niet. De helft van het gemeentelijke budget bestaat sinds de decentralisaties uit uitgaven aan zorg- en participatiebeleid. Veel gemeenten krijgen te weinig geld om de overgedragen taken goed uit te voeren volgens het laatste signaalrapport van oktober: Meldingen veranderingen in de zorg.

Het dreigende faillissement van TNS en de problemen bij Sensire begin dit jaar zijn voorbeelden van hoe het in de praktijk fout gaat. Het pgb-debacle is een centralisatieprobleem, maar ook hier niet goed voorbereid, met gevolgen voor de budgethouders. Gisterenavond was hierover weer het nodige te zien in Nieuwsuur. Ik verzoek de staatssecretaris om een reactie op deze uitzending. Natuurlijk is de regering niet blind voor signalen. Hier en daar wordt de schade gerepareerd, zoals met het programma Waardigheid en trots, met het recente plan om alfahulpen een dienstverband aan te bieden en het starten van een opleiding voor Wmo-consulenten voor goede bejegening van cliënten. Genoeg initiatieven, maar het zijn veel praatmaatregelen en de mensen blijven morren, zoals in de Telegraaf van afgelopen zaterdag kon worden gelezen over het opdringen van medicijnen onder invloed van de zorgverzekeraars. Waarom wordt er eerst gewacht op de onrust als gevolg van de genomen beslissingen en wordt er dan pas gerepareerd? De ontslagen en met ontslag bedreigde thuishulpen waren door het CPB in 2014 al voorspeld? De CPB-modellen zijn toch heilig voor de regering? Waarom wordt nu pas, na duizenden ontslagen, deze afspraak voor de alfahulpen voorgesteld? Hoe wegen de minister en de staatssecretaris de zorgen en onvrede van de bevolking?

Wij hebben niet alleen kritiek, we leveren ook alternatieven. Ik verwijs naar ons plan De zorg is van ons, dat is doorgerekend door het CPB en is voorgelegd aan de regering en de Tweede Kamer. Dit plan is gebaseerd op een publieke basiszorg voor iedereen, zonder eigen risico en met een zichtbaar voordeel voor zeven van de tien huishoudens. Ik ga het er hier niet verder over hebben. Het zou de moeite waard zijn om deze plannen te betrekken in een toekomstig evaluatiedebat over de decentralisaties. In deze Kamer is immers ook besloten tot deze decentralisaties.

Ik ga nu verder in op de kwaliteitsbeleidsvoornemens 2016 van de minister en de staatssecretaris, zoals geformuleerd in de begroting. De Wet marktordening en gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet zijn inmiddels bijna tien jaar van kracht. De uitgangspunten, het budgettaire kader, hoge kwaliteit, veilig en persoonsgericht, vormden ook toentertijd de basis om tot een stelselwijziging te komen. Dit jaar lag er het streven om patiënten versneld inzicht te geven in de kwaliteit van zorg. Er is een doelmatigheidsagenda opgesteld, die zich richt op een 30-tal aandoeningen. Er is ook nog transparantiekalender met een focus op 37 aandoeningen. Zorgverzekeraars Nederland heeft een top 30 van aandoeningen die men meet. Het kwaliteitsinstituut heeft daarnaast nog een meerjarenagenda. Al deze agenda's houden zich bezig met de kwaliteit van zorg en alle met eigen vragenlijsten. De ziekenhuizen zijn wettelijk verplicht informatie te verstrekken aan de IGZ en het Zorginstituut Nederland. Daarnaast verstrekken zij, al of niet vrijwillig, informatie aan de NZa, de zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en andere dienstverleners. Alleen al de verplichte informatie vanuit de transparantiekalender van het Zorginstituut betreft 1850 vragen voor 37 aandoeningen. De verschillende beroepsgroepen zoals de specialisten registreren apart ook nog hun handelingen ter verbetering van hun werkwijzen. Ik word er al moe van als ik dit allemaal moet uitspreken. Dit is een gigantische hoeveelheid aan werkdruk die tot frustratie leidt bij degenen die de informatie moeten aanleveren. Heeft de minister het voornemen om in 2016 het gebruik van deze kwaliteitsinformatie te evalueren? Wil hij daarbij kijken naar de stroomlijning van die agenda's en kwaliteitssystemen? Is de minister bereid governanceafspraken te maken over hoe kwaliteitssystemen en indicatoren kunnen worden vastgesteld? Veel van deze kwaliteitssystemen lijken op invullijstjes bestaande uit proces- en structuurindicatoren. Het willen meten van kwaliteit blijkt het doel te zijn. Het meten van resultaten met en bij cliënten blijft achter. Er wordt weinig gewerkt met PROMS, de patiënt related outcome measures. Maar wat wordt er dan gemeten? Wat is dan kwaliteit? Waarom is het gebruik van PROMS geen standaard?

In het brancherapport van de algemene ziekenhuizen 2015 Zorg toont staat: patiënten gebruiken kwaliteitsinformatie nauwelijks. En: de meeste patiënten kiezen niet bewust en gaan naar de dichtstbijzijnde zorginstelling, de zorgverlener bij wie ze vaker geweest zijn of de zorgaanbieder die hun huisarts hun aanraadt. Er wordt echter wel veel energie gestopt in het ter beschikking stellen van informatie voor de zorgvragers, zoals in de informatiesystemen kiesbeter.nl en zorginzicht.nl. Deze websites moeten de zorgvragers helpen bij het maken van hun keus. Of deze systemen behulpzaam zijn, is echter de vraag. Ze zijn moeilijk toegan-

kelijk, staan vol met medische begrippen en de informatie is soms oud. Daarbij beschrijven deze systemen haast alleen maar de proces- en structuuronderdelen. De indicatoren die wel echte patiëntinformatie kunnen geven — de hiervoor genoemde PROMS — zijn schaars. Dit is de oogst van negen jaar Zorgverzekeringswet!

Ik vraag de minister om mij uit te leggen hoe de inspanningen om cliënten te informeren zich verhouden tot de uitspraak in het brancherapport Zorg toont. Hoe moet de zorgvrager dan wel worden geïnformeerd? In haar brief Samen beslissen van 9 oktober jl. stelt de minister de gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt centraal; de dialoog als middelpunt. Maar hoe verhoudt dit dialoogmodel zich tot een inkoopprocedure vanuit de zorgverzekeraar die nog steeds voornamelijk de prijs centraal stelt? Het gaat over het krijgen van vertrouwen tegenover het elke keer maar weer moeten bewijzen dat je te vertrouwen bent. Maar waar is deze dialoog in het streven naar kwaliteit? Ik hoor graag het antwoord van de minister.

Prikkels om te sturen zijn er voldoende. Prikkels en dialoog; ze bijten elkaar. Het programma Kwaliteit loont staat vol prikkels om de partijen in een gewenste richting te laten bewegen. Een voorbeeld hiervan is de AFM-gedragscode voor de vergelijkingssites. Het lukt de zorgverzekeraars niet om duidelijk te zijn over hun zorgpolissen. In de NRC van 4 december 2015 wordt in het artikel Spiegeltjes en kraaltjes in de polisjungle melding gemaakt van 1.400 keuzecombinaties. Mijn collega Van Gerven in de Tweede Kamer komt zelfs uit op 5.940 opties, gegeven door 71 verschillende polissen. Eén ding is zeker: de gewone vrouw of man komt er echt niet meer uit. En als je voor je keus een vergelijkingssite gebruikt, is het verstandig om goed te onderzoeken of deze site objectief is en of er stiekem geld verdiend wordt aan jouw mogelijke overstap. Waarom zijn er door de zorgverzekeraars nog geen afspraken gemaakt om hun polissen onderling vergelijkbaar te maken? En waarom zijn de zorgverzekeraars niet in staat om de door hun ingekochte zorg op basis van effectiviteit inzichtelijk te maken? Het lijkt wel of de verzekerden niet mogen weten of deze zorg bijdraagt aan hun herstel of aan de stabiliteit van hun leven. Dat is geen keuzevrijheid, dat is een keuzetombola! De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars is het bieden van echte keuzes. Het lokken van verzekerden naar een andere zorgpolis met een gratis computer is bizar. Dit gedrag van de zorgverzekeraars is voor ons een voorbeeld van marktwerking die in de zorg verkeerd uitpakt. Stop met deze onzin: gun de burger een overzichtelijke, betaalbare polis en laat hem weten waar hij aan toe is en hoe hij goede zorg kan krijgen tegen een fatsoenlijke premie. Dit is toch niet te veel gevraagd?

De minister belooft in haar beleidsagenda dat de mensen in 2016 echt gaan merken hoe de zorg verbetert door de maatregelen van haar ministerie. Kan de minister in meetbare termen aan haar verzekerde burgers duidelijk maken hoe deze verbeteringen er in 2016 uit zullen zien? Wat kan de burger verwachten?

Nog zo'n alarmsignaal: na bijna tien jaar Zorgverzekeringswet zijn de huisartsen in opstand gekomen. Het roer moet om, eisten ze. Dialoog in plaats van eenzijdige inkoopcontacten met de zorgverzekeraars was onder andere de inzet van deze actie. De minister schrijft over ruimte en vertrouwen voor de zorgverleners. Bij de actie Het Roer Moet Om heeft de minister figuurlijk haar gewicht in de strijd gegooid. De zorgverzekeraars hebben laten blijken dat ze hun regierol niet aankunnen.

Kunnen wij in 2016 meer sturing van de minister verwachten in de relatie tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders? En zo ja, wat zijn dan de aandachtspunten? De huisartsen mogen van de ACM nu wel onder voorwaarden samenwerken en vóór de actie niet. Het lijkt of de spelregels van de ACM rekbaar zijn. Ik verzoek de minister uit te leggen hoe dit in elkaar zit.

Na tien jaar staan we nog steeds aan het begin van de kwaliteitsdiscussie. Dat zegt iets over de moeilijke praktische invulling van het containerbegrip "kwaliteit". En ook iets over de wijze waarop de discussie tussen de verschillende partijen over dit onderwerp plaatsvindt. Het gebruik van uitkomstindicatoren zal meer inzicht geven in de effectiviteit van behandelingen. Dit betekent wel een stevige open dialoog tussen de zorgvragers, zorgverleners en financiers, waarbij de inhoudsdeskundigen sturing moeten hebben in deze ontwikkeling.

Nog een nabrander. Deze week nog was een psychotische cliënt onder behandeling van de ggz en ging met kort verlof naar zijn flat. Hij keert niet terug naar de ggz-instelling, die hem vervolgens uitschrijft. De ggz-cliënt staat onder woonbegeleiding van het Leger des Heils. Hij wordt weer psychotisch en de ggz verwijst hem terug naar de huisarts. Hij is tenslotte uitgeschreven. Dit is geen incident. Het is geen goede zorg in de buurt voor mensen met psychiatrische problemen. Vorige week heeft de minister twee rapportages mogen ontvangen. Een was van Aedes, de vereniging van woningbouwverenigingen. De ander was van het Leger des Heils. Beide organisaties signaleren vanuit een verschillend blikveld een toename van verwarde personen. De minister neemt deze signalen serieus. Dat blijkt uit haar Kamerbrief, het plan van aanpak voor verwarde personen, de start van de Taskforce GGZ en het aanjaagteam voor verwarde personen. Verwarde personen kunnen zelf helaas niet aankloppen bij deze initiatieven. Het zorgen dat verschillende hulpverlenende processen beter op elkaar worden afgestemd, zal niet de gehele oplossing geven. Er zijn zowel gespecialiseerde handen, als stenen voor huizen, nodig. En natuurlijk ben ik ongeduldig, maar ik zie, vooral in mijn functie als directeur Limburg en Brabant bij het Leger des Heils, het straatbeeld veranderen. De cirkel blijft zich herhalen. Er ontbreekt een aspect in de Kamerbrief van de minister: de toegang tot de ggz-zorg via de huisarts. Deze formele toegang is een belemmering voor een groter wordende groep van verwarde burgers in het publieke domein. Die gaan niet naar de huisarts voor een doorverwijzing naar de psychiater. Ze zijn soms helemaal niet bekend bij de gemeente. Maar ze zijn er wel. Ik verzoek de minister of zij bereid is om dit knelpunt in 2016 te onderzoeken en ik vraag haar om in dit onderzoek het model van de ongevraagde spoedzorg in het publieke domein mee te nemen. Een ander woord hiervoor is "straatdokter".

Voordat ik afsluit, heb ik nog een korte opmerking over het initiatief "de Nieuwe GGZ", een initiatief dat volgens mij prima past in het gat tussen denken en doen. Van symptoomgeneeskunde terug naar de context van de persoon. Is dit wat de minister wil? Het gaat niet om de woorden maar om de betrokkenheid en de energie van degene die het ondersteunen. Minder dokter, meer eigen kracht, in de buurt, digitaal ondersteund en met de zorgvrager aan het roer. En goedkoper! Voor het geval de minister mij niet

gelooft, wat ik mij moeilijk kan voorstellen, kan ze nog altijd haar PROMS erop loslaten. Ik vertrouw erop dat ook die aantonen wat ik denk. Ik zie vanzelfsprekend met grote belangstelling uit naar de reacties van minister en staatssecretaris.

De heer **Bruijn** (VVD):
Ik heb met interesse geluisterd naar het betoog van de heer Don. Hij komt op een bepaald moment met een alternatief voor de begroting. Hij verwijst naar een stuk van de SP dat ik niet ken. Hij zei dat hij er niet dieper op in wilde gaan, maar ik nodig hem uit om het wel te doen, want de laatste cijfers die ik heb van het CPB komen uit de SP-plannen van 2012. Toen stond er in de voorstellen van de SP een verlaging van de eigen betalingen. Die leidden echter tot een zodanig beslag op de economie door de toenemende zorgkosten, dat er structureel 280.000 banen uit de economie verdwenen, ondanks het feit dat de SP 25.000 banen in de zorg inleverde. Als de heer Don een alternatief heeft dat leidt tot houdbare zorgkosten, ondanks een verlaging van de eigen bijdrage, en het geen enorm beslag op de werkgelegenheid legt, met name bij de minder kansrijken in de samenleving, is dat zo belangrijk, dat ik hem uitnodig om de key elements ervan te presenteren.

De **voorzitter**:
Ik wil de heer Don vragen om het heel kort te houden.

De heer **Don** (SP):
Er zijn enkele belangrijke elementen. Het vertrek van het eigen risico, het omvormen van de private zorgverzekeraars in een publieke ziektekostenverzekering en een via de wet geregelde publieke gezondheidszorg. We zouden kunnen kijken in hoeverre we een soort basispakket in de Wmo kunnen aanbrengen. Natuurlijk gaat de heer Bruijn nu een heleboel cijfers vragen. Ik heb ze paraat, maar dat wordt een groot welles-nietesspel. Ik wil graag op een ander moment met hem in debat om over dit plan te spreken.

De **voorzitter**:
Dat lijkt mij heel mooi. Het woord is aan de heer Van Rooijen.

☐

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):
Voorzitter. De minister was afgelopen weekend in Denemarken bij de handbalfinale Nederland-Noorwegen. In een finale kan er maar één de verliezer zijn. Soms is een derde plaats beter dan het verliezen van de finale. Het deed mij overigens als oud-voorzitter betaald voetbal goed dat de minister aanwezig was bij een handbalwedstrijd, en niet zoals zo vaak bij een voetbalwedstrijd. Handen en voeten: het scheelt niet veel. Wat zou je trouwens zonder handen en voeten moeten, ook in de politiek?

De 50PLUS-fractie wil de gelegenheid van de behandeling van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangrijpen om het besluit van de minister van 2 december aan de orde te stellen, waarbij de percentages van de inkomensafhankelijke zorgpremies zijn gewijzigd. Het was een wijziging waartoe in beginsel bij de Miljoenennota 2015 besloten was. Het verlaagde tarief is verhoogd met 0,65% van 4,85% naar 5,5%, terwijl het normale tarief, het werkgeverstarief, werd verlaagd van 6,95% tot 6,75% Het verlaagde IAB-tarief wordt betaald door de ouderen en zzp'ers en niet door de uitkeringstrekkers. Ik verwijs naar de memorie van antwoord bij het Belastingplan. De 0,65% verhoging is structureel en is een verhoging met maar liefst 15% in één keer en leidt tot een extra premie van €130 tot €380. We hebben dat bij de schriftelijke vragen als antwoord gekregen van de staatssecretaris van Financiën. Dat betekent dat de gepensioneerden bij de uitbetaling van het aanvullend pensioen in januari — daar gaan we weer, net als een paar jaar geleden — zullen merken dat er €11 tot €31 meer zorgpremie wordt ingehouden, met het bijbehorende koopkrachtverlies. Dat is een structurele lastenverzwaring van 275 miljoen voor ouderen met een negatief koopkrachteffect van 0,7% voor alle inkomens tot €55.000. Dat geldt dus ook voor alle lagere inkomens, heeft de staatssecretaris ons vorige week weer geantwoord. De totale inkomensafhankelijke premie gaat in 2017 €1.100 tot bijna €3.000 bedragen.

Voor zzp'ers leidt de verhoging van de IAB tot een lastenverzwaring van 120 miljoen. Dat moeten we ook niet vergeten. Voor gepensioneerden is het bedrag 275 miljoen en voor zzp'ers 120 miljoen. Dat is structureel 395 miljoen, in één klap. Bij het Belastingplan probeerde de staatssecretaris van Financiën daarbuiten te blijven, maar ik heb het steeds in debat gebracht en doe dat vandaag nog een keer. Het is nooit te laat.

Het is duidelijk dat de enige motivering voor de verhoging het verbeteren van de positie van de schatkist is. Het is niet de positie van de zorg. Bij een lastenverlichting van 5 miljard via het Belastingplan 2016 kan dat toch niet waar zijn. Voor de ouderen is deze premieverhoging een nog grotere aantasting van de koopkracht dan de aanvankelijke, structurele verlaging van de ouderenkorting met €83 waartoe al in het Belastingplan van vorig jaar was besloten. Die betekende al een lastenverzwaring van 200 miljoen. Los van het Belastingplan 2016 zou de koopkracht van de ouderen met meer dan 1% dalen. De stijging van de zorgpremie was daarbij de grote boosdoener met een aandeel van 0,7%.

Terwijl er bij de bespreking van het Belastingplan in de Tweede Kamer ook tientallen uren werd gedebatteerd over de koopkrachtgevolgen van het Belastingplan, bleef de inkomensafhankelijke premie zwaar onderbelicht. Formeel maakt het geen onderdeel uit van het Belastingplan. Het was echter goed om te zien dat er in het debat toch aandacht werd besteed aan de verhoging. De motie-Krol op stuk nr. 74 over het terugdraaien van de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage, werd verworpen.

In het debat met de staatssecretaris heb ik gisteravond nogmaals gewezen op de structurele lastenverzwaring van 500 miljoen voor ouderen vanaf 2017. De verhoging van deze zorgpremie maakt daar de helft van uit. Ik verwijs ook naar tabel 9 op pagina 20 van de memorie van antwoord. Daarin is de inkomensafhankelijke bijdrage opgenomen in een overzicht over het structurele beslag ouderen bij de besluitvorming van het Belastingplan 2015 en 2016. Dat is heel bijzonder. Een "niet-belastingmaatregel" is dus in een belastingplanoverzicht opgenomen. Dat is een grote stap. Het lijkt nu alsof het een echte belasting is. Ik kom daar nog op terug.

Kort voor de invoering van de WUL (Wet uniformering loonbegrip) is destijds het maximumbijdrage-inkomen voor de zorgpremie in een keer verhoogd van €32.000 naar €50.000. Dat moeten we ons goed realiseren. 5% over €20.000 meer is €1.000 structureel extra voor de middengroepen onder de ouderen. Inmiddels is de grens zelfs al bijna €53.000. Het tarief voor de inkomensafhankelijke bijdrage werd bij de invoering van de WUL verlaagd van 5,65% naar 5%, als compensatie voor de WUL. De 50PLUS-fractie wijst erop dat het kabinet bij deze inkomensafhankelijke bijdrage de compenserende maatregel in een keer weer ongedaan maakt. Hij ging van 5,65 % naar 5% en hij gaat vandaag weer van 5% naar 5,5%. Bij de ouderenkorting zagen we dat aanvankelijk ook. In 2012 werd de bijdrage van 5,65 % dus verlaagd naar 5% en nu weer in een keer verhoogd. Ik zei het net al. Wij maken daar ernstig bezwaar tegen. Dit heeft ook te maken met een betrouwbare overheid. Gaarne ontvang ik een antwoord van de minister.

Het verlaagde tarief van 5,5 % is ook nog steeds 1,25 % lager dan het standaardtarief van 6,75%. Een verdere verhoging van nog eens 1,25% blijft dus potentieel in de pijplijn. Dat zou nog eens een structurele lastenverzwaring van 400 miljoen betekenen en een structurele koopkrachtdaling van 1%. Kan de minister toezeggen dat zij geen besluit zal nemen over een verdere verkleining van de bandbreedte van 1,25%, zonder hierover een debat met de Tweede Kamer te voeren? De werkgeverspremie zou dan overigens weer verlaagd kunnen worden.

Ik heb bij de behandeling van het Belastingplan in eerste termijn de staatssecretaris van Financiën gevraagd te doen bevorderen dat het besluit van 2 december heroverwogen wordt door een nieuw besluit. Hij heeft toen geantwoord dat het besluit in stand zou blijven.

Wij hadden gevraagd of het niet tegenstrijdig is dat een ministeriele regeling tot stand komt zonder betrokkenheid van de Tweede Kamer, maar dat er toch is gewacht op de afloop van de Algemene Politieke Beschouwingen en de Algemene Financiële Beschouwingen. Is de minister bereid het genomen besluit te heroverwegen? Kan zij hierop antwoorden? Zij kan toch na het genomen besluit van 2 december een nieuw besluit nemen om de verhoging ongedaan te maken. Omdat de uitvoering van het besluit reeds loopt, zal het per 1 april 2016 mogelijk zijn. Het percentage kan zelfs zo worden bepaald dat de verhoging van het eerste kwartaal wordt teruggedraaid. We zien dat ook bij de schijfveranderingen per 1 april in verband met de novelle.

De dekking voor het terugdraaien van de verhoging is mogelijk door de verlaging met 0,2% van de werkgeverspremie. De werkgevers ontvangen dan dat bedrag weer terug via een lagere Aof-premie, waardoor de schatkist in feite betaalt. Dat is het spiegelbeeld van de huidige operatie.

De 50PLUS-fractie kijkt ook alvast naar de voorbereiding van de Miljoenennota 2017. Wij willen dat volgend jaar de Zorgverzekeringswet zo wordt gewijzigd dat voor de toekomst de minister van VWS de bestaande bandbreedte van 1,25% tussen het verlaagde en normale tarief alleen kan wijzigen bij wet of bij AMvB, in plaats van zoals nu bij simpele delegatie. Is de minister bereid een wetsvoorstel in te dienen waarbij de bevoegdheid tot wijziging van percentages wordt neergelegd bij de wetgever, zonder delegatie? Ik ontvang gaarne een antwoord.

Ik wil hier nog wijzen op artikel 104 van de Grondwet, waarin bepaald is dat belastingen van het Rijk uit kracht van wet worden geheven. Andere heffingen van het Rijk worden bij wet geregeld, zo staat het daar. Deze Grondwettekst, met name die over de rijksbelastingen, is destijds door het amendement-Van Rooijen/Brinkhorst met een twee derde meerderheid aangenomen door de Tweede Kamer. Het ging dus om een amendement op de Grondwet en dat is bepaald geen sinecure, heb ik toen begrepen. Het gebeurde ook nog ondanks de grote bezwaren van de toenmalige staatssecretaris van Financiën.

Materieel komt een inkomensafhankelijke premie van 5,5% tot 6,75 % dicht bij een belasting. Maar formeel is het geen rijksbelasting. De minister kan in de huidige wet zelfstandig het normale en daarmee ook het verlaagde tarief verder verhogen, of alleen het verlaagde tarief verhogen. En dat is dan alleen ten bate van de schatkist van de minister van Financiën. De minister van VWS schiet er niets mee op. Op pagina 85 van de memorie van antwoord staat dat het motief voor deze verhoging dan ook niet gelegen was in de zorg, maar in de noodzaak om de overheidsfinanciën op orde te brengen. Er moest dus 300 of 400 miljoen worden weggehaald bij ouderen en zzp'ers om de overheidsfinanciën op orde te brengen. Tegelijkertijd worden de belastingen met 5 miljard verlaagd. Dit gaat dus over de rug van alleen de ouderen.

Ik rond af. Als de minister niet bereid is een voorstel tot wetswijziging in te dienen, zal de 50PLUS-fractie in de Tweede Kamer daartoe het initiatief kunnen nemen. Die 50PLUS-fractie zal volgend jaar voorstellen om het IAB-tarief van 5,5 % hoe dan ook weer te verlagen naar 5%.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:
Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval. Ik schors de vergadering voor de lunchpauze.

De vergadering wordt van 13.07 uur tot 13.49 uur geschorst.